Colofon

Volgnummer	2016016026
Contactpersoon	
Afdeling	Zorg
Uitgebracht aan	De minister van Volksgezondheid en Sport

Inhoud

Samenvatting

In dit rapport beschrijven wij aan de hand van de regelgeving een vorm van kortdurend verblijf onder de Zorgverzekeringswet (Zvw): het medisch noodzakelijke verblijf in verband met generalistische geneeskundige zorg. Uitgangspunt voor deze beschrijving is artikel 2.12 Besluit zorgverzekering. In de termen van deze bepaling gaat het dan om 'verblijf dat medisch noodzakelijk is verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. De term 'eerstelijnsverblijf' wordt in dit verband vaak gebruikt.

Met deze uitleg van de regelgeving schetsen wij, op verzoek van de minister van VWS, voor alle betrokken partijen (zoals zorgaanbieders, zorgverzekeraars, verzekerden, gemeentes) de buitengrenzen van deze nieuwe verblijfsvorm onder de Zvw. Dit rapport is een vervolg op een verkenning van de regelgeving die het Zorginstituut in maart 2015 uitbracht. In de tussentijd heeft de NZa voorbereidingen getroffen voor een bekostiging van het eerstelijnsverblijf onder de Zvw. Ook is er in de praktijk meer ervaring opgedaan met de organisatie van deze vorm van verblijf, is er enig inzicht gekomen in de indicaties voor het verblijf (veel ouderen ouder dan 70 jaar met complexe problematiek) en in de routes naar het verblijf toe (vooral vanuit het ziekenhuis, maar ook vanuit de eigen omgeving). Sinds 2015 wordt dit verblijf namelijk bekostigd via een subsidieregeling onder de Wlz. Vanaf 1 januari 2017 moet het regulier onder de Zvw georganiseerd en bekostigd worden.

Het Zorginstituut schetst de buitengrenzen van dit verblijf aan de hand van de regelgeving om zo een afbakening mogelijk te maken met andere verblijfsvormen onder de Zvw (bijvoorbeeld algemene ziekenhuizen; psychiatrische ziekenhuizen; revalidatie-instellingen), met verblijf onder de Wet langdurige zorg (Wlz) en met gemeentelijke voorzieningen zoals respijtzorg onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en verblijf onder de Jeugdwet. Wij benadrukken hier dat het Zorginstituut de buitengrenzen schetst. De zorginhoud van het verblijf kunnen wij immers niet afleiden uit de regelgeving. Het is aan de beroepsgroepen om deze te beschrijven en te preciseren waar nodig.

De Zvw omschrijft de te verzekeren prestaties functioneel. Dit betekent dat de Zvw alleen aangeeft 'wat' onder de Zvw valt, niet 'wie' deze zorg mag leveren. Deze functionele systematiek maakt dat wij uit 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' kunnen afleiden dat ook andere generalistische-geneeskundige-zorgverleners de verantwoordelijke behandelaar kunnen zijn binnen het eerstelijnsverblijf, namelijk de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten. De artsen moeten waar nodig (samenwerkings) afspraken maken over zaken als de onderlinge verantwoordelijkheidsverdeling, overnemen van een behandeling, eventuele waarneming.

Ook al gaat het bij deze vorm van verblijf om 'verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband zorg zoals huisartsen die plegen te bieden', dit betekent niet dat de huisarts 24/7 verantwoordelijk is voor het verblijf, de verpleging, de verzorging en de geneeskundige zorg. Zorginhoudelijk hangen verblijf, geneeskundige zorg, verpleging en verzorging samen. Binnen deze samenhang draagt ieder de verantwoordelijkheid voor zijn eigen inbreng. Dit betekent dat de (huis)arts uiteraard de verantwoordelijkheid draagt voor de medische zorg die hij verleent, maar niet voor de verpleegkundige zorg. Wat de verantwoordelijkheidsverdeling betreft is het eerstelijnsverblijf niet anders dan een medisch specialistische verblijfsvorm.

Op sommige punten nemen we in dit rapport een voorschot op ons rapport rond de overheveling van de 'extramurale behandeling AWBZ' naar de Zvw. Dit rapport wil het Zorginstituut uitbrengen in oktober 2016. Ook voor deze zorg is nu een subsidieregeling onder de Wlz in het leven geroepen die tot 1 januari 2018 loopt. We moesten op sommige punten een voorschot nemen gezien de generalistische aard van de geneeskundige zorg binnen het verblijf, en een belangrijke patiëntengroepgroep binnen dit verblijf, namelijk ouderen met complexe zorgvragen.

Inleiding

1.1 Verzoek minister

Op 25 juli 2014 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het Zorginstituut Nederland verzocht het 'eerstelijnsverblijf' te duiden. 'Eerstelijnsverblijf' omvat, aldus deze brief, 'verblijf medisch noodzakelijk in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'.[1] (zie: bijlage 2) Deze omschrijving wordt ontleend aan de omschrijving van de prestatie verblijf in het Besluit zorgverzekering (artikel 2.12 Bzv).[2]

De minister verzoekt het Zorginstituut aan te geven 'wanneer er sprake is van eerstelijnsverblijf als verzekerde zorg (Zvw), en deze zorg helder af te bakenen ten opzichte van zowel respijtzorg in het sociale domein als andere zorgvoorzieningen in de curatieve en de langdurige zorg (ziekenhuizen en verpleeghuizen).' Tevens verzoekt de minister een inschatting te geven van de duur van het eerstelijnsverblijf.

Tot 1 januari 2015 bood de AWBZ faciliteiten voor kortdurend verblijf. Dit kortdurend verblijf kende onder de AWBZ verschillende vormen. We noemen een aantal: crisisbedden, spoedzorg, herstelzorg, palliatief terminale zorg, observatiebedden. De AWBZ is nu ingetrokken en kan niet meer de basis vormen voor dit kort verblijf.[3] Het ligt voor de hand om te bekijken welke mogelijkheden bestaande wetten en regelingen bieden voor kortdurend verblijf en om te toetsen of deze voldoende zijn om aan deze verblijfsbehoefte te voldoen. Per 1 januari 2015 is in het Besluit zorgverzekering de prestatie 'verpleging in de wijk' ingevoerd en deze prestatie maakt het mogelijk om onder de basisverzekering 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' te leveren aan een verzekerde in zijn eigen omgeving (artikel 2.10 Bzv).[4] Maar, ook al vormt de (wijk)verpleegkundige zorg in de eigen omgeving een belangrijke aanvulling op de huisartsgeneeskundige zorg, er zullen onvermijdelijk zorgvragen zijn die (nog) niet (meer) in de eigen omgeving van de verzekerde beantwoord kunnen worden.

De Zvw kent een prestatie verblijf en omschrijft deze als volgt: verblijf duurt minimaal 24 uur en het moet medisch noodzakelijk zijn in verband met de geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. Deze omschrijving geeft ruimte voor velerlei vormen van verblijf. Het 'verblijf medisch noodzakelijk in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' is één van de mogelijkheden. Deze vorm van verblijf vormt een aanvulling op ingeburgerde verblijfsvormen onder de Zvw, zoals ziekenhuizen; revalidatie-instellingen; psychiatrische ziekenhuizen en het verblijf in verband met geriatrische

---

[1] Brief, d.d. 25 juli 2014, kenmerk 647185-124119-CZ

[2] Artikel 2.12
1. Verblijf omvat verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 2.7, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

[3] Eerstelijnsverblijf wordt nu bekostigd via een tijdelijke subsidieregeling op basis van de Wlz. Het eerstelijnsverblijf wordt in de subsidieregeling wel al omschreven als 'verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. In de uitvoering leunt de subsidieregeling nog sterk op de AWBZ-systematiek met o.a. een (formele) indicatiestelling via het CIZ.

[4] Artikel 2.10 Bzv
1. Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:
a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.

revalidatiezorg. Binnen het eerstelijnsverblijf is niet de medisch specialist de verantwoordelijke arts, maar een generalistische zorgverlener zoals de huisarts.

Het Zorginstituut geeft in dit rapport aan onder welke voorwaarden deze kortdurende verblijfsvorm onder de basisverzekering valt. Het schetst hiermee de buitengrenzen van het 'eerstelijnsverblijf' aan de hand van de regelgeving. Zorginhoudelijke of organisatorische vragen (bijvoorbeeld de verhouding tussen verschillende artsen en/of zorgvormen binnen het eerstelijnsverblijf) kunnen we niet aan de regelgeving ontlenen. Het zijn de betrokken beroepsgroepen die zich hierover moeten uitspreken in hun richtlijnen, kwaliteitsstandaarden, protocollen, samenwerkingsafspraken, beroepsprofielen.

1.2 Algemene opmerkingen

In het algemeen hebben we nog de volgende kanttekeningen over de inhoud en omvang van het eerstelijnsverblijf onder de Zvw:

- artikel 2.12 Bzv geeft aan dat het 'verblijf' medisch noodzakelijk moet zijn 'in verband met geneeskundige zorg'. Deze formulering geeft aan dat het gaat om de zorgbehoefte van de betrokken verzekerde in combinatie met wat zorginhoudelijk wel of niet mogelijk is in de 'eigen omgeving'. Het eerstelijnsverblijf is geen alternatief voor de eigen omgeving louter omdat zorgaanbod zich daar mogelijk makkelijker organiseert. (Dit betekent bijvoorbeeld dat onder 'medische noodzaak tot verblijf' niet verstaan wordt de loutere beschikbaarheid van een SO binnen een instelling.)
- Het eerstelijnsverblijf is een nieuw fenomeen onder de Zvw. Dit gaat gepaard met onzekerheden (patiëntengroepen; duur van het verblijf; de inhoud van de te leveren zorg). De wens tot beheersing van de kosten kan dan leiden tot de wens tot restricties, bijvoorbeeld via de omschrijving van de te verzekeren prestatie. Het Zorginstituut is geen voorstander van formele restricties binnen de prestatieomschrijving. De wens tot beheersing van de kosten is begrijpelijk, maar de nadruk zou dan moeten liggen op consensus over de inhoud van de 'goede zorg'. Op deze wijze kunnen beheersing van kosten, duidelijkheid over de inhoud van de te verzekeren prestatie én kwaliteit van zorg hand in hand gaan.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 gaan we in op de inhoud en omvang van heet eerstelijnsverblijf aan de hand van de relevante bepalingen uit het Bzv, artikel 2.4 Bzv en artikel 2.12 Bzv. We verhelderen een aantal begrippen, zoals 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' en 'medisch noodzakelijk', en gaan in op onderwerpen zoals het proces van opname en ontslag en de duur van het verblijf.

In hoofdstuk 3 plaatsen we het eerstelijnsverblijf tegenover een aantal andere verblijfsvormen die mogelijk zijn onder de Zvw, zoals verblijf in verband met medisch-specialistische zorg en geriatrische revalidatiezorg. In hoofdstuk 4 gaan we in op verblijfsmogelijkheden binnen andere domeinen, namelijk Wlz, Wmo en Jeugdwet. In hoofdstuk 5 beschrijven de mogelijkheden voor palliatief terminale zorg binnen het eerstelijnsverblijf en in hoofdstuk 6 vatten we de reacties van geconsulteerde partijen samen. Hoofdstuk 7 omvat enkele slotopmerkingen.

2 De inhoud en omvang van het verblijf

2.1 Verblijf in de Zvw

Het Besluit zorgverzekering omvat een bepaling over 'verblijf' in artikel 2.12, en die luidt als volgt

> (…) verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, (…) al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

Artikel 2.4 Bzv omschrijft 'de geneeskundige zorg' als volgt:

> Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (…), en paramedische zorg zoals bedoeld in artikel 2.6 (…)

Uit de begripsomschrijving die bij het Besluit hoort, blijkt verder dat er pas van 'verblijf' in de zin van de Zvw gesproken kan worden als het gaat om verblijf gedurende het etmaal.

Deze omschrijving is ruim en kan uiteenlopende verschijningsvormen krijgen in de praktijk, afhankelijk van de inhoud van de geneeskundige zorg die geboden wordt. Dat is nu ook al het geval. Wij kennen immers, ziekenhuizen (instellingen voor medisch specialistische zorg), revalidatie-instellingen, psychiatrische ziekenhuizen, geboortecentra. Het verblijf in één van deze instellingen valt onder de Zvw als het medisch noodzakelijk is.

Daarnaast geeft ook de 'geriatrische revalidatiezorg' een verblijfsmogelijkheid. De 'geriatrische revalidatiezorg' is een vorm van 'geneeskundige zorg' en als aparte prestatie binnen het Bzv omschreven in artikel 2.5c. De bepaling luidt als volgt:

> Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

Uit oogpunt van de te verzekeren prestatie (de basisverzekering) is het niet altijd nodig om deze verschillende verblijfsvormen van elkaar te onderscheiden. Vaak volstaat de constatering dat er sprake is van ' medisch noodzakelijk verblijf' onder de basisverzekering en dat dit verblijf uit dien hoofde voor vergoeding in aanmerking komt.

Zorginhoudelijk is het verschil wel degelijk van belang; het moet immers duidelijk zijn wie in aanmerking komt voor welke specifieke vorm van verblijf, welke zorgverlener verantwoordelijk is voor de geneeskundige zorg tijdens het verblijf en wie beslist over 'opname' en 'ontslag'. Ook de bekostiging vraagt een duidelijk onderscheid: de verschillende verblijfsvormen kennen waarschijnlijk hun eigen bekostigingssystematiek.

Ook buiten het domein van de Zvw zijn er verblijfsvormen beschikbaar die uit collectieve middelen, althans publiek, gefinancierd worden. Binnen het systeem van de sociale ziektekostenverzekering is dit vanaf 1 januari 2015 het verblijf op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz); binnen het gemeentelijk domein is dit het verblijf op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. Deze

wetten kennen alle hun eigen systematiek en financiering. Het moet helder zijn onder welke voorwaarden welke wet aan de orde is.

Ook de Zvw moet mensen de mogelijkheden bieden om desgewenst langer thuis te blijven wonen, ondanks hoge leeftijd, aandoening of beperking. De introductie van de (wijk)verpleegkundige zorg zal hieraan een belangrijke bijdrage leveren, evenals de ondersteuning vanuit het gemeentelijke domein. Deze ontwikkeling brengt met zich mee dat er steeds meer mensen met een zwaardere zorgvraag, thuis blijven wonen. Deze zorgvraag kan aan veranderingen onderhevig zijn: er kunnen incidenten zijn, exacerbaties, instabiele periodes of acute complicaties. Aangezien zij thuis wonen is de huisarts de eerstverantwoordelijke (in samenwerking met de wijkverpleegkundige) om in deze situaties de noodzakelijke zorg te verlenen. Niet altijd zal deze zorg ook thuis geleverd kunnen worden, bijvoorbeeld omdat een periode aaneengesloten (geneeskundige) observatie nodig is, diagnostiek die een bepaalde infrastructuur vergt of geneeskundige of verpleegkundige zorg op onplanbare momenten. 'Verblijf in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' kan in dergelijke gevallen een verblijfsfaciliteit bieden.

Wat kunnen we zeggen over de inhoud en omvang van het 'verblijf in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' op basis van artikel 2.12 Bzv in samenhang met artikel 2.4 Bzv? Op deze vraag gaan we in dit hoofdstuk in.

2.2 In verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden

Wat houdt 'verblijf in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' in? 'Plegen te bieden' is het begrip dat het Bzv in artikel 2.4 hanteert om de inhoud en omvang van de te verzekeren geneeskundige zorg af te bakenen. 'Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' concretiseert het domein waarop de te verzekeren prestatie betrekking heeft. Het Zorginstituut legt dit domein als volgt uit: het omvat een professioneel arsenaal aan zorg, waarvoor het arsenaal van de huisartsen als uitgangspunt dient. De huisartsen als beroepsgroep hebben dit arsenaal beschreven in geschreven documenten, zoals richtlijnen, standaarden, beroepsvisies, omschrijving deskundigheidsgebieden.[5] Dit arsenaal omvat een verscheidenheid aan activiteiten, bijvoorbeeld observeren (bijvoorbeeld in de zin van 'afwachten' onder geneeskundig of verpleegkundig toezicht), bewaken, diagnosticeren, medicatie toedienen, huisartsgeneeskundige verrichting doen. Uit 'observeren' en 'diagnosticeren' volgt dat er nog geen sprake hoeft te zijn van een medische diagnose. Dit betekent dat de huisarts desgewenst ieder onderdeel van zijn professionele arsenaal kan inzetten binnen het eerstelijnsverblijf als een verzekerde hierop is aangewezen.

Onder de AWBZ speelde de specialist ouderengeneeskunde (SO) binnen het kortdurend verblijf een belangrijke rol. Ouderen zullen een belangrijke doelgroep vormen voor het eerstelijnsverblijf. Het ligt voor de hand dat de inzet van deze arts ook mogelijk moet zijn binnen het eerstelijnsverblijf. 'Verblijf in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' wil niet zeggen dat alleen huisartsen de zorg mogen leveren. Volgens de functionele systematiek van de Zvw betekent dit dat ook andere zorgverleners dit mogen doen, zolang het maar gaat om het omschreven professionele arsenaal en de betrokken zorgverlener 'bevoegd en bekwaam' is dit arsenaal te leveren. De vraag is dus of de specialist ouderengeneeskunde zorg biedt 'zoals huisartsen die plegen te bieden'.

---

[5] Zie: *Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'*; CVZ-publicatie nr 268, november 2008, www.zorginstituutnederland.nl en bijlage 2 bij *Pakketbeheer in de praktijk, deel 3*.

2.2.1 *De specialist ouderengeneeskunde*

Volgens hun beroepsprofiel verlenen de specialisten ouderengeneeskunde medische zorg aan patiënten die door meerdere gezondheidsproblemen beperkt zijn geworden in hun functioneren. De specialist ouderengeneeskunde diagnosticeert (functionele en zorgdiagnostiek), behandelt, geeft adviezen of richtlijnen over preventie, bejegening, verzorging en over de aanpassing van de fysieke (woon)omgeving dan wel over de ondersteuning van het sociaal systeem. Hij stelt zoveel mogelijk met andere disciplines vast welke interventies mogelijk en nodig zijn en stelt op basis daarvan samen met de patiënt (en zijn naasten) een behandelplan op. Hij treedt vaak op als regiebehandelaar.[6]

Het beroepsprofiel meldt verder:

> De geriatrische patiënten en jong volwassenen die Continue Systematische Langdurige Multidisciplinaire zorg (CSLM-Zorg) nodig hebben waarbij complexe problematiek een rol speelt, is het domein van de specialist ouderengeneeskunde.
> Als hoofdbehandelaar is de specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk voor de behandeling van de patiënten met deze complexe problematiek.[7] [8]

Wij menen dat de beschreven zorg van de specialist ouderengeneeskunde te scharen valt onder ‘zorg zoals huisartsen die plegen te bieden’. De volgende overwegingen brengen ons tot deze conclusie.

De specialist ouderengeneeskunde beschikt, evenals de huisarts, over een generalistisch zorgarsenaal. Belangrijke elementen zijn de anamnese, het lichamelijk onderzoek, eenvoudige (laboratorium)diagnostiek, de verwijzing naar een medisch specialist. De beschikbare interventies omvatten het voorschrijven van medicijnen en eenvoudige verrichtingen. In die zin stemt de zorg van de specialist ouderengeneeskunde overeen met de zorg van een huisarts die aan een algemene populatie zorg levert. Hetzelfde geldt ook voor de competenties om deze diagnostiek en interventies verantwoord en zinnig in te zetten. Wij zien de generalistische geneeskundige zorg als het werkterrein van zowel huisarts als specialist ouderengeneeskunde. Generalistische geneeskundige zorg plaatsen we hierbij tegenover de (medisch) specialistische geneeskundige zorg in die zin dat de generalistische zorg persoonsgericht is en rekening houdt met de specifieke leefomstandigheden van de patiënt in tegenstelling tot de medisch specialistische zorg die ziektegericht werkt. Generalistische zorg omvat niet alleen diagnosticeren en behandelen van medische klachten en aandoeningen, maar ook een geïntegreerd proces van zorgverlening gedurende langere perioden van het leven van patiënten. [9]

---

[6] *Beroepsprofiel specialisten ouderengeneeskunde*. Verenso. 2012

[7] Ibidem, pag. 13

[8] In plaats van het begrip CSLM wordt ook vaak de term ‘integrale behandelzorg’ gehanteerd.

[9] bron: Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), www.lhv.nl

De generalistische geneeskundige zorg voor ouderen behoort op zich ook tot het professionele werkterrein van de huisarts.[10] [11]
Dit laat onverlet dat de specialist ouderengeneeskunde zich richt op een specifieke populatie en voor deze populatie ook over een specifieke deskundigheid beschikt: ouderen met een complexe zorgbehoefte op één of meerdere levensterreinen (somatisch; functioneel; maatschappelijk; psychisch; cognitief). Deze specifieke deskundigheid komt vooral tot uiting bij de analyse van de problematiek, bij het diagnostisch proces in een complexe zorgsituatie en bij het opstellen van een zorgplan (zonodig multidisciplinair, met de inzet van bijvoorbeeld ook paramedici en/of gedragsdeskundige). De specialist ouderengeneeskunde redeneert daarbij niet vanuit ziekte-entiteiten (bij een geriatrische patiënt is immers vaak sprake van meerdere aandoeningen die elkaar beïnvloeden), maar kijkt probleemgericht. Een specialist ouderengeneeskunde kijkt niet alleen naar de patiënt, maar ook naar het systeem; hij kijkt naar ziekte, functiebeperkingen, psychosociale stressoren en het vermogen om zelf regie te voeren bij meerdere, complexe aandoeningen. Deze specifieke deskundigheid van de specialist ouderengeneeskunde geeft een toegevoegde waarde aan het generalistische zorgarsenaal.

Wat betekent dit voor de zorg door een specialist ouderengeneeskunde binnen het eerstelijnsverblijf? De specialist ouderengeneeskunde levert, zoals gezegd, ‘zorg zoals huisartsen die plegen te bieden’ en kan dus zijn professionele arsenaal inzetten binnen het eerstelijnsverblijf. Dit betekent dat de huisarts een specialist ouderengeneeskunde kan consulteren bij de zorg die hij verleent aan een oudere in het eerstelijnsverblijf en dat hij de behandeling kan overdragen aan de specialist ouderengeneeskunde. Het is aan de betrokken huisarts en specialist ouderengeneeskunde om over de verantwoordelijkheidsverdeling zorginhoudelijke afspraken te maken en te bepalen op welke moment de patiënt weer onder de hoede van de huisarts komt.

Het geven van specifieke complexe, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg (CSLM-zorg) wordt apart benoemd in het beroepsprofiel (zie hierboven). De CSLM-zorg is multidisciplinaire zorg en vindt plaats onder verantwoordelijkheid en

---

[10] Dit blijkt ook uit de kaderopleiding ouderenzorg voor huisartsen waarbinnen, aldus het Nederlands Huisartsengenootschap, ‘kennis en vaardigheden op het gebied van de medische zorg voor ouderen aan de orde komen, zowel diagnostisch als qua aanpak, behandeling en begeleiding’. Hiermee geven we overigens alleen aan dat ook de medische ouderenzorg in principe tot het domein van de huisarts behoort. Dit betekent niet dat de kaderhuisarts ouderenzorg de specialist ouderengeneeskunde kan vervangen.

[11] In het *Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde. Verenso. 2012* lezen wij het volgende op pagina 22:
‘In beschrijvende zin kan het overgrote deel van de feitelijke populatie van de specialist ouderengeneeskunde aangeduid worden met één of meer aandoeningen uit de volgende aan de LZV-registratie38 ontleende, beperkte lijst:
– Dementiesyndroom
– Cerebrovasculaire aandoeningen (en hun late gevolgen)
– Status na orthopedische operatie
– Diabetes mellitus
– Morbus Parkinson
– Osteoporose
– Hartfalen
– COPD
– Depressie en angststoornissen
– Multiple Sclerose
– Reumatoïde arthritis
– Arthrose
– Decubitus
– Delier
– Incontinentie
– Mobiliteitstoornissen
– Zintuigstoornissen
Doelen en functies van het medisch handelen kunnen zijn: stabiliseren, revalideren, chronische somatische en/of psychogeriatrische zorg, palliatieve terminale zorg, diagnostiek met richtinggevend advies en crisisinterventie.’
Binnen de grenzen van het huisartsgeneeskundig handelen valt zorg bij deze aandoeningen voor een patiënt die thuis verblijft ook tot het professionele werkterrein van de huisarts.

regie van de specialist ouderengeneeskunde, aldus het beroepsprofiel. Deze zorg richt zich niet alleen op de geriatrische patiëntgroep, maar ook op patiënten (ook jongeren) met een progressieve degeneratieve neurologische of musculaire aandoening (bijvoorbeeld Parkinson, multiple sclerose, Huntington of ALS) of op patiënten met een niet-aangeboren hersenletsel.

Het begrip CSLM (ook de term 'integrale behandelzorg' wordt soms gebezigd) geeft geen inzicht in de inhoud van de zorg en is dus te onduidelijk om algemene conclusies te kunnen trekken over de mogelijke inzet hiervan binnen het eerstelijnsverblijf. We kunnen namelijk louter op basis van deze betiteling niet concluderen of de zorg die hieronder zou vallen, wel onder de Zvw valt. Niettemin, los van de kwalificatie CSLM, als de specialist ouderengeneeskunde een andere zorgverlener wil consulteren of laten participeren in de behandeling (bijvoorbeeld een paramedicus of gedragsdeskundige), dan is dat mogelijk, althans voorzover deze zorg op zichzelf ook onder de Zvw valt en alleen binnen het eerstelijnsverblijf als dit verblijf medisch noodzakelijk is voor de patiënt met het oog op deze zorg. [12]

2.2.2 *De arts verstandelijk gehandicapten*

Ook de arts verstandelijk gehandicapten (AVG) levert zorg aan een specifieke doelgroep, namelijk de verstandelijk beperkten. Scharen wij ook het arsenaal van de AVG onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'?[13] Volgens de Nederlandse Vereniging Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) wordt de medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking primair door de huisarts verleend.[14] De (huis)arts kan vanwege communicatieve en/of begripsproblemen bij de verstandelijk beperkte verwijzen naar de arts verstandelijk gehandicapten (eventueel in samenwerking met een gedragsdeskundige die in deze doelgroep is gespecialiseerd). De AVG beschikt over specifieke competenties en kennis rond de verstandelijke beperking en over diagnostiek- en behandelmethoden die de verwijzend (huis)arts niet altijd heeft. De zorgbehoeften van mensen met een verstandelijke beperking verschilt namelijk op een aantal punten van de zorgbehoeften van de algemene bevolking. Sommige verschillen zijn terug te leiden tot de verstandelijke beperking zelf, zoals een minder of een afwijkend ziektebesef en ziekte-inzicht. Dit vergt een specifieke manier van communiceren en bejegening van de verstandelijke beperkte, bijvoorbeeld om klachten en symptomen juist te interpreteren en de achterliggende aandoening te kunnen diagnosticeren.

Andere verschillen zijn terug te leiden tot syndroomgerelateerde aandoeningen en tot de prevalentie van aandoeningen en risicofactoren die bij verstandelijk beperkten anders zijn dan binnen een algemene populatie. De aandoeningen die zich kunnen manifesteren en de interventies die daarbij ingezet kunnen worden verschillen echter niet van die binnen de algemene populatie. Met zijn competenties en kennis komt de arts verstandelijk gehandicapten (zonodig in samenwerking met een gedragsdeskundige), tegemoet aan de zorgbehoeften van de verstandelijk beperkte, zowel op medisch inhoudelijk gebied als op het gebied van communicatie en bejegening.

De specifieke behandeling richt zich bijvoorbeeld op de vroege opsporing en behandeling van risicofactoren en het realiseren van omgevingsaanpassingen,

[12] Op de CSLM-zorg zullen we ingaan in ons rapport over de extramurale behandeling (gepland oktober 2016). We zullen ook daar concluderen dat de term CSLM geen inzicht geeft in de inhoud van de te leveren zorg.
[13] Op de plek en rol van de AVG binnen de Zvw gaan wij uitgebreid in binnen het rapport rond de extramurale behandeling AWBZ (in voorbereiding). Dit rapport is gepland voor oktober 2016. Op de conclusies binnen dit rapport nemen we een voorschot in het onderhavige rapport.
[14] Zorgaanbod van de Arts Verstandelijk Gehandicapten. NVAVG. Maart 2012.

zowel fysiek als in de omgang met de verstandelijk beperkte, die de impact van de beperking of de gedragsproblematiek kunnen verkleinen.

Ook het arsenaal van de AVG scharen wij onder de generalistische geneeskundige zorg dat binnen de Zvw vervat is in 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Dit betekent dat de AVG zijn zorg kan leveren binnen het eerstelijnsverblijf, zonodig ook als regiebehandelaar. Ook bij de AVG geldt dat hij met de huisarts zorginhoudelijke afspraken maakt over de verantwoordelijkheidsverdeling en over het moment waarop de patiënt weer onder de hoede van de huisarts komt.

2.3 Toegang tot, ontslag uit en verantwoordelijkheid tijdens het 'eerstelijnsverblijf'

2.3.1 Toegang tot en ontslag uit het eerstelijnsverblijf

In Nederland gaan we uit van een huisartsenzorg die 'persoonlijk, integraal en continu' is. In Nederland heeft een verzekerde een 'eigen' huisarts: de huisarts bij wie hij ingeschreven is. Deze huisarts is de generalistische zorgaanbieder tot wie een verzekerde zich als eerste wendt zodra hij of zij een zorgvraag heeft. De zorg van deze huisarts omvat alle facetten van de gezondheid van de verzekerde ('persoonlijk en integraal') en is 7x24 uur beschikbaar ('continu': via waarneming of huisartsenpost). Deze huisarts kan ook bij de verzekerde in de eigen omgeving zorg verlenen; hij is voor de verzekerde de 'poortwachter' naar de tweede lijn.

De 'eigen' huisarts is de arts die als eerste geraadpleegd wordt bij een zorgvraag in de eigen omgeving van de verzekerde. Deze huisarts is degene de medische diagnose (of afwezigheid hiervan) stelt en in eerste instantie het medisch beleid bepaalt: afwachten, geruststellen, zorgverlenen of doorverwijzen. Vervolgens zal vastgesteld moeten worden of de noodzakelijke zorg in de eigen omgeving van de verzekerde verleend kan worden of dat bijvoorbeeld opname in een verblijfsvorm aan de orde is. Deze afweging zal vaak plaatsvinden in samenspraak met de (wijk)verpleegkundige en/of SO. De (wijk)verpleegkundige komt achter de voordeur bij de verzekerde en kan een inschatting maken van alle aspecten van de context van de betrokkene. De (wijk)verpleegkundige zal dan ook mogelijk als eerste wijzigingen in de gezondheidsituatie of in de omgeving van de betrokkene onderkennen. De (wijk)verpleegkundige opereert zelfstandig binnen het eigen deskundigheidsgebied. Verantwoord professioneel handelen brengt echter met zich mee dat de verpleegkundige zich verstaat met de 'medische' behandelaar (zoals huisarts; specialist ouderengeneeskunde; medisch specialist), om de verpleegkundige diagnose te combineren met de medische diagnose (of het vaststellen van de afwezigheid van een medische diagnose). Dit betekent dat de medische diagnose/indicatiestelling en verpleegkundige diagnose/indicatiestelling in samenhang bezien worden. Het ligt voor de hand dat de huisarts dan ook, in samenspraak met de (wijk)verpleegkundige, al dan niet na consultatie van een SO, bepaalt of opname noodzakelijk is.

Verblijf kan ook (en misschien zelfs vooral) aangewezen zijn in aansluiting op een ziekenhuisopname. De transferverpleegkundige zal bij deze route naar het 'verblijf in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' een belangrijke rol spelen. Deze route zal wel anders vorm moeten krijgen dan onder de AWBZ, omdat onder de Zvw de indicatiestelling niet meer via het CIZ verloopt. Doel blijft het waarborgen van de continuïteit van zorg voor de patiënt. De samenwerkingsafspraken en de protocollen voor overdracht en indicatiestelling zoals die er nu zijn, vormen daarbij, zoveel als mogelijk, het uitgangspunt voor de transferverpleegkundige.

Binnen het systeem van de Zvw is de zorgprofessional dus leidend bij triage en indicatiestelling. Deze organisatie van de indicatiestelling volgt uit het systeem van de Zvw. Binnen dit domein is er geen sprake van een (centraal) indicatieorgaan los van de zorgverlening. De indicatiestelling is gebaseerd op de professionele overwegingen van de betrokken zorgverlener. Hij geeft hiermee invulling aan het algemene indicatievereiste binnen de Zvw dat is neergelegd in artikel 2.1 lid 3 Bzv: Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

De zorg in het eerstelijnsverblijf is gericht op herstel, althans terugkeer naar de eigen omgeving (tenzij er sprake is van een terminale fase. Want ook palliatief terminale zorg kan plaatsvinden vinden binnen deze verblijfsvorm). Op enig moment moet vastgesteld worden of de patiënt weer naar de eigen omgeving kan terugkeren of dat een opschaling van de zorg nodig is, bijvoorbeeld een verwijzing naar de tweede lijn. Ook is het mogelijk dat een indicatieaanvraag voor de Wlz overwogen moet worden. Het ligt voor de hand dat ook bij ontslag de ‘eigen’ huisarts en de wijkverpleegkundige geconsulteerd wordt, zeker als het gaat om terugkeer naar de eigen omgeving.

Het proces van opname in en ontslag uit het eerstelijnsverblijf is niet wezenlijk anders dan de opname in of ontslag uit het ziekenhuis. De huisarts overweegt wat nodig is voor de patiënt en wat mogelijk is in de eigen omgeving. Hij kan vervolgens besluiten dat opname wenselijk is en overlegt daarover met de verantwoordelijke arts binnen het eerstelijnsverblijf. Het hoeft niet per se de ‘eigen’ huisarts te zijn die de patiënt aanbiedt voor opname. Over de overdracht van zijn verantwoordelijkheid voor de patiënt kan hij afspraken maken met andere zorgaanbieders en huisartsenposten. Dit kan samenhangen met beschikbaarheid (afspraken in verband met waarneming), maar ook met andere zorginhoudelijke of organisatorische overwegingen.

2.3.2 *Taken, rollen en verantwoordelijkheidsverdeling binnen het eerstelijnsverblijf*

Artikel 2.12 Bzv onderscheidt ‘het verblijf (inclusief verpleging en verzorging)’ en ‘de geneeskundige zorg’. Er is een zorginhoudelijke samenhang tussen ‘verblijf’ en ‘geneeskundige zorg’. Deze zorginhoudelijke samenhang betekent niet dat de zorginhoudelijke verantwoordelijkheid voor het totaal (verblijf, verpleging, verzorging en geneeskundige zorg gedurende 24/7) bij de verantwoordelijke arts (of ‘de huisarts’) zou liggen. De verantwoordelijke arts is verantwoordelijk voor de medische zorg (conform de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)); de verpleegkundige is verantwoordelijk voor de verpleegkundige zorg (eveneens conform de Wet BIG). De organisatorische aanbieder van het verblijf moet de randvoorwaarden creëren waaronder de zorgverleners hun zorg verantwoord en adequaat kunnen leveren (conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)). Deze verantwoordelijkheidsverdeling is in het eerstelijnsverblijf niet anders dan in andere verblijfsvormen zoals ziekenhuis of revalidatie-instelling.

2.3.3 *Het afwegingsinstrument*

Verenso heeft op verzoek van het ministerie van VWS het *Afwegingsinstrument eerstelijnsverblijf* ontwikkeld.[15] Het instrument wil een hulpmiddel zijn voor de betrokken zorgprofessionals bij de overwegingen voor opname in het eerstelijnsverblijf.

---

[15] Verenso. *Afwegingsinstrument eerstelijns verblijf*. December 2015.

Hierboven gaven we aan hoe het proces van indicatiestelling verloopt (opname in en ontslag uit het eerstelijnsverblijf) uit oogpunt van de Zvw en hoe de verantwoordelijkheidsverdeling daarbij is uit oogpunt van de Wet BIG en WGBO. Het afwegingsinstrument vormt hierop een zorginhoudelijke aanvulling: het formuleert de zorginhoudelijke overwegingen die bij de afwegingen rond opname een rol kunnen spelen. Het is een document van de betrokken beroepsgroepen. Daarmee is het één van de bronnen die het ZIN zonodig kan gebruiken bij de uitleg van de te verzekeren prestaties (ook voor de uitleg van het begrip 'plegen te bieden' gebruikt het ZIN bijvoorbeeld documenten van de betrokken beroepsgroepen). Waar een document afwijkt van de (systematiek van) de te verzekeren prestaties, is de regelgeving uiteraard leidend voor het ZIN. Het ZIN kan dus niet aan de hand van de regelgeving zorginhoudelijke begrippen uit het Afwegingsinstrument uitleggen (bijvoorbeeld de categorieën 'laag complex' en 'hoog complex' die het Afwegingsinstrument introduceert). Dat is aan de betrokken beroepsgroepen om te doen. In dit geval constateert het Zorginstituut echter wel dat het onderscheid tussen 'laag complexe zorg' en 'hoog complexe zorg' zoals het Afwegingsinstrument dit maakt, niet spoort met de functionele omschrijving van de te verzekeren prestaties. 'Laag complex' zou binnen het domein van de huisarts vallen en 'hoog complex' binnen dat van de specialist ouderengeneeskunde. Uit het oogpunt van de Zvw is dit niet terecht. De zorg van huisarts en specialist ouderengeneeskunde scharen wij onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Huisarts en specialist ouderengeneeskunde maken in het individuele geval afspraken over de zorgverlening en de verantwoordelijkheidsverdeling daarbij.

In hoofdstuk 3.2 gaan we in op de begrippen 'laag complex' en 'hoog complex' ten opzichte van de geriatrische revalidatiezorg.

2.4 De overige onderdelen van artikel 2.12 Bzv en additionele zaken

De formulering van artikel 2.12 Bzv geeft een aantal verduidelijkingen van 'het verblijf' als te verzekeren prestatie:

> Verblijf omvat verblijf gedurende een *onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen*, dat *medisch noodzakelijk* is in verband met de *geneeskundige zorg*, bedoeld in artikel 2.4*, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg*.

We zullen de verschillende elementen uit deze bepaling hierna bespreken.

2.4.1 Medisch noodzakelijk

Belangrijk is de voorwaarde dat het verblijf medisch noodzakelijk is. In principe wordt huisartsenzorg op de praktijk van de huisarts geleverd of in de eigen omgeving van de verzekerde. Als de zorg daar niet verantwoord en/of adequaat geleverd kan worden, kan de huisarts besluiten dat er reden is voor opname. 'Niet adequaat of verantwoord' kan bijvoorbeeld aan de orde zijn omdat de infrastructuur van het verblijf gewenst is vanwege de beschikbare apparatuur. Medisch specialistische zorg zal eerder eisen stellen aan de infrastructuur dan huisartsenzorg. De medische noodzaak voor eerstelijnsverblijf zal eerder liggen in de behoefte aan 24-uurs toezicht via een continue verpleegkundige aanwezigheid in de nabijheid 'in verband met geneeskundige zorg'. Dit kan zijn om verpleegkundig te handelen, maar ook om een wakend oog te leveren over de medische situatie van de patiënt (met het oog op tijdige signalering van de behoefte aan medisch ingrijpen). Ook observatie of het uittesten van interventies kan een reden voor opname zijn. Dit laatste is vooral aan de orde als de thuissituatie dit niet toestaat bijvoorbeeld vanwege problemen tussen de patiënt en het systeem waarbinnen hij leeft (mantelzorg). In het algemeen gesteld, 'verblijf in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' is 'medisch noodzakelijk' als er sprake is van een

instabiele (zorg)situatie of een situatie die zonder adequaat toezicht en zorg instabiel kan worden. Hierbij speelt ook de context waarin de verzekerde leeft een belangrijke rol, bijvoorbeeld als de balans tussen de verzekerde en zijn systeem onder druk komt te staan door een wijziging in de gezondheidssituatie van hetzij de verzekerde, hetzij de mantelzorger (zoals een intensievere zorgbehoefte of gedragsproblematiek van de patiënt bij een mantelzorger op leeftijd; medicatietoediening die de mantelzorger niet kan verzorgen; een acute longontsteking van de mantelzorger). Ook veiligheids- of beschermingsoverwegingen kunnen dan leiden tot opname in het eerstelijnsverblijf. Dit geldt in het bijzonder voor groepen als kwetsbare ouderen, verstandelijk beperkten en psychiatrische patiënten. Met andere woorden, de afweging tussen ‘wat is er nodig’, ‘wat kan de eigen omgeving bijdragen’ en ‘wat kan de eigen omgeving aan, fysiek en psychisch’ vormt ook een belangrijke overweging bij de keuze tussen ‘eigen omgeving’ en ‘verblijf’.

We willen nog opmerken dat ‘medisch noodzakelijk’ en ‘(behoefte aan) geneeskundige zorg’ niet twee termen voor hetzelfde begrip zijn. Het is goed om de begrippen te onderscheiden en te begrijpen wat de reikwijdte is.

'(Behoefte aan) geneeskundige zorg' houdt in: wat mankeert de verzekerde en welke zorg is nodig? Het gaat dus om de combinatie van zorgvraag en interventie. 'Behoefte aan geneeskundige zorg' betekent niet per se een aandoening of medische diagnose. Het kan ook gaan om een hoog risico op (dreigend) gezondheidsverlies (geïndiceerde preventie), voorkomen van verergering, diagnostiek, stabilisatie etc.

'Medische noodzaak' vormt de verbinding tussen 'verblijf' en 'geneeskundige zorg'. De overwegingen rond medische noodzaak moeten duidelijk maken waarom de benodigde geneeskundige en/of verpleegkundige zorg niet thuis geleverd kan worden, maar een verblijfsomgeving vergt.

2.4.2 *Hoog risico op een behoefte aan geneeskundige zorg*

Onder de Zvw valt ook de zogenaamde geïndiceerde preventie. Dit betekent dat zorg onder de basisverzekering valt als deze geleverd wordt in verband met een hoog risico op een behoefte aan (geneeskundige) zorg. In artikel 2.10 Bzv waarin de zogenaamde ‘verpleging in de wijk’ is geregeld, is dit zelfs expliciet opgenomen. Zoals voor alle zorg onder de Zvw geldt dit ook voor het medisch noodzakelijk verblijf. Dit betekent dat verblijf ook aan de orde kan zijn als er nog geen sprake is van een acute aandoening. Dit kan bijvoorbeeld zijn omdat de patiënt thuis het risico loopt op ontstaan van of verergering van een aandoening, of omdat, kortweg, gezondheidsverlies dreigt.

Dit risico kan samenhangen met de toestand van de verzekerde (een aandoening die verergert; een complicatie; eventuele multimorbiditeit). Het risico kan ook samenhangen met de omgeving van de verzekerde, bijvoorbeeld het (tijdelijk) wegvallen van een mantelzorger die een verzorgende en/of ‘wakende’ rol vervult voor de verzekerde. Opname kan dan een optie zijn, maar deze opname veronderstelt altijd een verband met ‘geneeskundige zorg’. Het eerstelijnsverblijf is niet bedoeld om de ‘eigen omgeving’ van de verzekerde over te nemen.

2.4.3 *Al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg*

<u>a. gepaard gaande met verpleging en verzorging</u>

De behoefte aan verpleging en verzorging tijdens het verblijf is duidelijk. Hierboven hebben we al aangegeven dat de behoefte aan toezicht door een verpleegkundige in een zorginhoudelijk instabiele situatie vaak de medische noodzaak voor het eerstelijnsverblijf zal vormen: de verpleegkundige speelt dan een rol bij de behoefte

aan geneeskundige zorg. Tijdens het verblijf heeft een patiënt ook een behoefte aan verpleegkundige zorg en verzorging. De verpleegkundige moet bijvoorbeeld technische handelingen verrichten (medicatie toedienen; infuus aanleggen; injecteren). Daarnaast wordt de patiënt ook verzorgd. De mate waarin zal per patiënt variëren. Soms is de patiënt zelfstandig in staat tot persoonlijke verzorging, soms is er sprake van een volledige overname van deze zorg. Ook al varieert de behoefte, iedere patiënt is in meerdere of mindere mate aangewezen op 'verpleging of verzorging' tijdens het verblijf.

De nadruk die binnen het verblijf zal liggen op verpleegkundige zorg en toezicht, veronderstelt een goede mix aan verpleegkundige en verzorgende deskundigheden van uiteenlopende niveaus. Er moet in ieder geval een verpleegkundige aanwezig zijn van niveau 4 of 5 om zelfstandig en tijdig veranderingen in de medische situatie te onderkennen en hierop adequaat te reageren.

b. gepaard gaande met paramedische zorg
Artikel 2.12 Bzv geeft aan dat het verblijf gepaard kan gaan met paramedische zorg. Dit betekent dat de paramedische zorg binnen het verblijf moet samenhangen met de indicatie waarvoor de patiënt verblijft. Het is niet zo dat paramedische zorg die, voorafgaand aan het verblijf, extramuraal geleverd wordt (op basis van artikel 2.6 Bzv), tijdens een eerstelijnsverblijf onder de vleugels van de prestatie verblijf wordt voortgezet. Het is eerder waarschijnlijk dat eventuele extramurale paramedische zorg (al dan niet onderdeel van een breder zorgpakket) wordt stopgezet, zodra een patiënt verblijft en na ontslag wordt voortgezet. Het onderscheid is van belang omdat binnen het verblijf niet de beperkingen gelden die sommige paramedische prestaties extramuraal wel hebben (bijvoorbeeld de uitsluiting van vergoeding van de eerste 20 zittingen fysio- en oefentherapie; de maximalisering van de behandeluren diëtetiek per kalenderjaar).
Mocht dit uitgangspunt niet voldoende zijn om de paramedische zorg binnen het eerstelijnsverblijf te omschrijven, dan geldt in aanvulling hierop dat binnen het eerstelijnsverblijf de paramedische zorg geleverd wordt die nodig is om de patiënt weer in conditie te brengen of te houden en daarmee zijn terugkeer naar huis te bevorderen. De gedachte achter deze toevoeging is, dat de patiënt altijd, zoveel als mogelijk 'goede zorg' krijgt. Deze toevoeging zien we dus los van bestaande extramurale indicaties, maar beoogt om de patiënt de zorg te leveren waarop hij zorginhoudelijk is aangewezen.

Een patiënt zal niet altijd vanuit het eerstelijnsverblijf naar huis kunnen terugkeren. De volgende stap kan ook verblijf in een Wlz-instelling zijn en ook palliatief terminale zorg kan binnen het eerstelijnsverblijf geleverd worden. Het uitgangspunt voor de afbakening van de paramedische zorg binnen het eerstelijnsverblijf blijft hetzelfde. Het doel is dan niet de terugkeer naar huis, maar het zoveel als mogelijk in conditie houden van de patiënt, gegeven aandoening(en), beperking(en) of de laatste levensfase zorginhoudelijk zo draaglijk mogelijk maken.

2.4.4 ….middelen

Kunnen we uit de regelgeving uitgangspunten afleiden om te bepalen tot welke te verzekeren prestatie de geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen tijdens het eerstelijnsverblijf gerekend moeten worden? De toelichting bij de prestatie verblijf zegt het volgende:

> Het in deze bepaling geregelde verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 van dit besluit, omvat ook de daarmee gepaard gaande verpleging en verzorging. Verpleging en verzorging zijn als extra zorg in deze bepaling genoemd. Uiteraard omvat verblijf meer dan slechts een bed, maar ook eten en drinken, het schoonhouden van de kamer enzovoort. Zoals in de toelichting op artikel 2.4 is gesteld omvat de geneeskundige zorg ook de noodzakelijke toepassing van materialen, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen. Ook deze materialen zijn niet apart in deze bepaling vermeld. Datzelfde geldt voor operatiematerialen en voor
> bijvoorbeeld verband-, verzorgings- en verpleegmiddelen die in het kader van verzorging en verpleging tijdens het verblijf worden toegepast. [16]

We gaan ervan uit dat alleen die middelen ter beschikking staan als onderdeel van het eerstelijnsverblijf die samenhangen met de geneeskundige zorg waarvoor het verblijf is geïndiceerd. Dat wil zeggen dat bijvoorbeeld de antibiotica of pijnstilling die een patiënt dan nodig heeft onder de geneeskundige zorg binnen het verblijf vallen. Ook een rolstoel valt onder de geneeskundige zorg en hoeft niet door de patiënt te worden meegenomen. Met andere woorden we scharen onder de geneeskundige zorg (en daarmee onder het 'eerstelijnsverblijf') de verband-/genees- en hulpmiddelen die deel uit maken van de 'outillage' van het verblijf. Dit betekent dat we de middelen die de verzekerde in de eigen omgeving gebruikt en die daar via de extramurale prestatie worden vergoed, ook tijdens het verblijf, nog steeds tot de extramurale prestatie rekenen. Zorginhoudelijk gezien: deze middelen kunnen via de eigen apotheek beschikbaar blijven.

2.4.5 *Kortdurend*

Het verblijf houdt verband met 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. De huisarts verleent generalistische geneeskundige zorg onder de Zvw. In het algemeen geldt dat verblijf onder de Zvw kortdurend is, althans eindig in de tijd, omdat zorg onder de Zvw gericht is op herstel, genezing, voorkomen (van verergering) van een aandoening (of zorg en ondersteuning in een terminale fase). Kortom, het is erop gericht de patiënt weer in staat te stellen naar zijn eigen omgeving terug te keren. Kortdurend is een relatief begrip; vaak wordt een termijn van drie maanden gehanteerd als maximum. Artikel 2.12 lid 1 Bzv vermeldt een maximale duur van 1.095 dagen. Dat is weliswaar formeel het maximum, maar dit lijkt lang voor verblijf in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, aangezien terugkeer naar de eigen omgeving de doelstelling van het eerstelijnsverblijf is. Er is echter geen basis in de regelgeving voor een maximum van drie maanden. Ook patiënten bij wie de ligduur voorspelbaar langer is dan drie maanden kunnen in aanmerking komen voor het eerstelijnsverblijf als aan de overige voorwaarden is voldaan (comapatiënten die zorginhoudelijk onder de verantwoording van een specialist ouderengeneeskunde vallen bijvoorbeeld). Het Zorginstituut meent dat de maximale duur van het verblijf zorginhoudelijk wordt bepaald zoals te doen gebruikelijk binnen verblijfvormen onder de Zvw. Een formeel maximum voor de verblijfsduur vinden wij onwenselijk. Een langdurig verblijf is echter ook voor de patiënt niet wenselijk. Een termijn van, bijvoorbeeld, drie maanden zou wel een ijkpunt kunnen zijn voor de afweging of een patiënt überhaupt nog verantwoord naar zijn eigen omgeving kan terugkeren. Het kan ook zijn dat een indicatie voor de Wet langdurige zorg overwogen moet worden.

---

[16] Zie ook: de Nota van Toelichting bij artikel 2.4 Bzv.

2.4.6 *Wettelijk verplichte eigen risico*

De vraag is of op het eerstelijnsverblijf het wettelijk verplichte eigen risico van toepassing is. Eerstelijnsverblijf houdt verband met 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' en deze zorg is expliciet uitgesloten van het wettelijk verplichte eigen risico.[17] Echter, artikel 2.12 Bzv omvat twee elementen, het 'verblijf' en de 'geneeskundige zorg'. Voor het al of niet de toepasselijk zijn van het wettelijk verplichte eigen risico kan zowel geredeneerd worden vanuit 'het verblijf' (waarvoor het wel zou gelden), als vanuit 'de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' (waarvoor het niet zou gelden). Het Zorginstituut meent dan ook dat de toepasselijkheid van het wettelijk verplichte eigen risico niet onmiddellijk uit de regelgeving kan worden afgeleid. Het is echter aan de minister van VWS om een besluit te nemen over de toepasselijkheid van het wettelijk verplicht eigen risico.

Samengevat

In verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden

Binnen het verblijf kan het volledige zorgarsenaal van de huisarts ingezet worden. Er hoeft nog geen sprake te zijn van een medische diagnose. Dit arsenaal omvat een verscheidenheid aan activiteiten, zoals observeren (in de zin van 'afwachten' onder geneeskundig of verpleegkundig toezicht), bewaken, diagnosticeren, medicatie toedienen, interventie uittesten, huisartsgeneeskundige verrichting doen.

'Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' vatten wij op als generalistische geneeskundige zorg. Ook een specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten leveren generalistische geneeskundige zorg. Deze artsen voegen aan het generalistisch arsenaal een specifieke deskundigheid toe rond de zorg aan ouderen met een complexe zorgvraag of die aan verstandelijk beperkten.

Toegang, ontslag, verantwoordelijk behandelaar

De 'eigen' huisarts 'besluit' in eerste instantie over opname in en ontslag uit het eerstelijnsverblijf, zonodig in overleg met een andere arts (SOG) of (wijk)verpleegkundige. Hij kan de verantwoordelijkheid voor zijn patiënt overdragen aan een andere arts en daarmee ook de besluitvorming rond opname of ontslag. De organisatorische vormgeving van het eerstelijnsverblijf en de afspraken die de huisarts maakt over overdracht van de zorg (bijvoorbeeld aan SO of AVG) bepalen de verantwoordelijkheidsverdeling. De verantwoordelijkheid van de behandelaar is beperkt tot het medische gedeelte van de zorg binnen het verblijf.

Hoog risico op een behoefte aan geneeskundige zorg

Als er sprake is van een hoog risico op een aandoening, ziekte of verergering hiervan dan valt de geneeskundige zorg die nodig is om dit te voorkomen, onder de Zvw. Er is dan sprake van geïndiceerde preventie. Dit betekent dat verblijf ook aan de orde kan zijn als er nog geen sprake is van een acute aandoening, maar wel van een hoog risico op een aandoening. Dit kan bijvoorbeeld zijn omdat de patiënt thuis het risico loopt op ontstaan van of verergering van een aandoening, of omdat, kortweg, gezondheidsverlies dreigt.

---

[17] Artikel 2.17 lid 1 Bzv onder b..:
1. Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten die buiten het verplicht eigen risico vallen, betreffen kosten van:
(…)
b. zorg zoals huisartsen die plegen te bieden,
(…)

Samengevat -vervolg-

Medische noodzaak

De medische noodzaak voor eerstelijnsverblijf lijkt op voorhand voornamelijk te liggen in de behoefte aan continue verpleegkundige aanwezigheid in de nabijheid 'in verband met een behoefte aan geneeskundige zorg': de verpleegkundige die zowel verpleegkundig handelt, als een wakend oog heeft over de medische situatie van de patiënt om tijdig de behoefte aan medisch ingrijpen te signaleren. Er is sprake van een medisch instabiele situatie of een situatie die zonder adequaat toezicht en zorg instabiel kan worden. Hierbij speelt ook de context waarin de verzekerde leeft een belangrijke rol, bijvoorbeeld als de balans tussen de verzekerde en zijn systeem onder druk komt te staan door een wijziging in de gezondheidssituatie van hetzij de verzekerde, hetzij de mantelzorger.

Maximale duur

De maximale duur voor eerstelijnsverblijf kunnen we niet uit de regelgeving afleiden, deze wordt zorginhoudelijk bepaald. In het algemeen geldt dat verblijf onder de Zvw een maximale duur kent van 1.095 dagen. Na verloop van tijd zal de vraag spelen hoe lang deze vorm van verblijf zorginhoudelijk nog verantwoord en zinnig is, voordat andere opties overwogen moeten worden, zoals de aanvraag voor een indicatie onder de Wlz.

Paramedische zorg

Tot het verblijf kan alleen die paramedische zorg gerekend worden die voortvloeit uit de indicatie voor het verblijf. Mocht dit uitgangspunt onvoldoende zijn om intramurale en extramurale paramedische zorg af te bakenen, dan geldt in aanvulling hierop dat paramedische zorg binnen het verblijf gericht is op het in het in conditie houden of brengen van de patiënt om weer naar huis te kunnen terugkeren. Het kan ook bevorderen van de conditie zijn als verblijf in een Wlz-instelling de volgende stap is of het zorginhoudelijk zo draaglijk mogelijk maken van de laatste levensfase.

Voor de paramedische zorg binnen het eerstelijnsverblijf gelden niet de beperkingen voor de extramurale prestaties uit artikel 2.6 Bzv.

Verband-/genees- en hulpmiddelen

Tot het eerstelijnsverblijf rekenen wij alleen die verband-/genees- en hulpmiddelen die verband houden met de geneeskundige zorg binnen het verblijf.

Wettelijk verplichte eigen risico

De toepasselijkheid van het wettelijk verplichte eigen risico kan niet uit de regelgeving worden afgeleid. Er kan zowel geredeneerd worden vanuit 'het verblijf' (waardoor het wel zou gelden), als vanuit 'de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' (waardoor het niet zou gelden). Het is aan de minister van VWS om te beslissen over de toepasselijkheid van het verplicht eigen risico.

3 HET EERSTELIJNSVERBLIJF EN ANDERE VORMEN VAN VERBLIJF Zvw

In de Inleiding gaven we al aan dat de prestatie verblijf in het Bzv (artikel 2.12) ruim is geformuleerd en dat deze omschrijving ruimte biedt aan uiteenlopende verschijningsvormen in de praktijk. In dit hoofdstuk gaan we nader in op een aantal verblijfsvormen binnen de Zvw en hoe deze vormen zich verhouden tot het eerstelijnsverblijf.

3.1 Verblijf in verband met zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden

Een belangrijke, zo niet de belangrijkste, vorm van verblijf binnen het huidige aanbod is het verblijf in verband met 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden': het algemene ziekenhuis, maar ook de revalidatie-instelling en het psychiatrisch ziekenhuis (de revalidatiearts en de psychiater zijn immers ook medisch specialisten). De afbakening tussen deze verblijfsvormen is niet zozeer van belang uit hoofde van de te verzekeren prestaties. Zij vallen alle onder de basisverzekering. Zorginhoudelijk is het van belang, omdat duidelijk moet zijn wie de verantwoordelijke behandelaar is en daarmee ook de verantwoordelijke voor opname en ontslag. De verantwoordelijke behandelaar bepaalt de aard van de verblijfsvorm. Met 'verantwoordelijkheid' bedoelen we hier de professionele, zorginhoudelijke verantwoordelijkheid.[18]

3.2 Geriatrische revalidatiezorg

De geriatrische revalidatiezorg is sinds 1 januari 2013 geregeld als te verzekeren prestatie in de Zvw en gaat bij aanvang gepaard met verblijf als bedoel in artikel 2.12 Bzv. De zorg is onderdeel van de 'geneeskundige zorg' en wordt omschreven in artikel 2.5 Bzv onder c. De bepaling luidt als volgt:

> -1. Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.
> -2. De geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, indien:
> *a.* de zorg binnen één week aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 2.12 in verband met geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf in een

---

[18] In dit verband verwijzen we graag naar *Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg.* KNMG. 2010 en hierin aandachtspunt 1 en de opmerking onder b.:
Aandachtspunt 1:
Voor de cliënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners:
-het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger;
-de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt;
-belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt (zorgcoördinator).
Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld.
Zo mogelijk zijn deze taken in één hand.
Ad b. (…)
Vooral in die gevallen waarin er op enig moment verschillende zorgverleners gelijktijdig betrokken zijn bij de behandeling van de cliënt, dient duidelijk te zijn wie van hen verantwoordelijkheid is voor de inhoud van de onderdelen van de behandeling en of er sprake is van een inhoudelijk eindverantwoordelijke. De deskundigheidsgebieden en competenties van de betrokken zorgverleners dienen daarbij leidend te zijn. In bepaalde gevallen zal het duidelijk zijn wie van hen de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid heeft, maar in andere gevallen is dit minder vanzelfsprekend of kan niet worden gesproken van inhoudelijke eindverantwoordelijkheid voor de situatie van de cliënt als geheel. In het laatste geval kan het toch van belang zijn dat verschillende zorgverleners die elk een eigen inhoudelijke verantwoordelijkheid hebben jegens de cliënt met elkaar contact hebben en zo nodig afstemmen over de inhoud of de regie van de behandeling.

> instelling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel *a*, van de Wet langdurige zorg gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, van die wet in dezelfde instelling; en
> *b.* de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12.
> -3. Het tweede lid, onderdeel *a*, is niet van toepassing indien er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en waar sprake is van voorafgaande medisch-specialistische zorg voor deze aandoening.
> -4. De duur van de geriatrische revalidatie, bedoeld in het eerste lid, bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar een langere periode toestaan.

Op 27 juni 2014 bracht Zorginstituut Nederland een advies uit aan de minister over de verbetering van de toegang tot de geriatrische revalidatiezorg. In dat rapport pleitte het Zorginstituut ervoor dat de geriatrische revalidatiezorg zou worden uitgewerkt in een kwaliteitsstandaard die als zorginhoudelijke onderbouwing kon gaan fungeren voor een indicatiestelling (overeenkomstig de systematiek van de Zvw). In het rapport constateerde het Zorginstituut ook dat het eerstelijnsverblijf en de geriatrische revalidatiezorg complementaire verblijfsvormen zijn. De indicatiestelling voor het eerstelijnsverblijf en voor de geriatrische revalidatiezorg kunnen voor een groot deel van de zorgvraag en zorgbehoeftes dan ook dicht tegen elkaar aan liggen, aldus het rapport. De geriatrische revalidatiezorg houdt, volgens de formulering in het Bzv, 'verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is'. De specialist ouderengeneeskunde kan een rol spelen, maar dat hoeft niet per se. De zorg is 'multidisciplinair', met andere woorden, er is meer dan één zorgverlener betrokken, én 'integraal', wat doelt op de wenselijkheid dat betrokken zorgverleners met elkaar overleggen over het behandelplan en samenwerken bij de uitvoering.

In het rapport concludeert het Zorginstituut verder dat op de langere termijn de toegang tot de geriatrische revalidatiezorg (deels) kan verschuiven naar de eerste lijn, dat wil zeggen indicatiestelling en verwijzing onder verantwoordelijkheid van de huisarts. En dat het van belang is dat de aanspraak op de geriatrische revalidatiezorg is ingebed in de zorg voor ouderen in de Zvw. Het Zorginstituut meent dat een gedetailleerde omschrijving van de aanspraak, zoals nu geregeld in artikel 2.5c Bzv dan onwenselijk en overbodig is. Wenselijk is dat eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg (en eventuele andere verblijfsvormen) zoveel als mogelijk naadloos op elkaar aansluiten. Dit kan alleen als beide uitgaan van een zorginhoudelijke indicatiestelling die zo helder mogelijk is, maar die wel ruimte geeft aan een afweging in het specifieke geval. Als het eerstelijnsverblijf vorm heeft gekregen binnen het zorgaanbod en de indicatiestelling voor de geriatrische revalidatie zorg meer zorginhoudelijk onderbouwd is aan de hand van een kwaliteitsstandaard, kan de overgang tussen de diverse vormen van zorg en tussen de diverse vormen van verblijf onder de Zvw beter op elkaar aansluiten.

Wat betekenen deze constateringen voor de afbakening tussen geriatrische revalidatiezorg en de zorg binnen het eerstelijnsverblijf? De overheveling van de geriatrische revalidatiezorg vanuit de AWBZ naar de Zvw richtte zich op een patiëntengroep met een zware revalidatiebehoefte. Het gaat daarbij altijd om patiënten bij wie, los van de indicatie voor geriatrische revalidatiezorg, sprake is van 'kwetsbaarheid' als gevolg van multimorbiditeit en/of functionele beperkingen op één of meerdere gebieden (somatisch; functioneel; psychisch; cognitief; maatschappelijk). Een aantal patiëntengroepen zijn benoemd bij de

voorbereidingen: een ingrijpend CVA, gecompliceerde heup- en knie-ingreep of andere orthopedie of bijvoorbeeld een amputatie. Naast deze groepen is er voorafgaand aan de overheveling nog een groep 'overige kortdurende somatische revalidatie' geïdentificeerd, maar die is expliciet buiten beschouwing gebleven bij de overheveling.

Wij gaan ervan uit dat revalidatiezorg een continuüm vormt dat loopt van eenvoudige, niet-intensieve herstel- of reactiverende trajecten tot intensieve complexe revalidatiezorg. De afbakening tussen geriatrische revalidatiezorg en zorg binnen het eerstelijnsverblijf is, naar onze mening, duidelijk wat de uiteinden van het continuüm betreft.

De intensieve complexe revalidatiezorg voor de beschreven 'kwetsbare' ouderen scharen wij onder de geriatrische revalidatiezorg. Qua aandoeningen gaat het dan veelal om de genoemde CVA, heup-/knie-interventies, overige orthopedie of amputaties. Dit is het ene uiteinde van het continuüm. Het andere uiteinde wordt gevormd door niet-intensieve herstel- of reactiverende trajecten onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde in samenwerking met bijvoorbeeld een paramedicus. Wij denken dan bijvoorbeeld aan ongecompliceerde heup- of kniepatiënten of aan patiënten met een incident in het verleden (denk aan CVA) of met hartfalen die acuut getroffen zijn door een zware griep of longontsteking.

Deze trajecten kunnen plaatsvinden in het eerstelijnsverblijf als er inderdaad sprake is van een medische noodzaak tot verblijf. Bij niet-intensieve trajecten blijft immers het uitgangspunt dat de zorg zoveel als mogelijk ambulant of poliklinisch plaatsvindt. Het hersteltraject op zich vormt geen indicatie voor het verblijf.

Hoe zwaarder de kwetsbaarheid van de patiënt en hoe intensiever het herstel-/reactiverende traject, des te meer nadert deze zorg de geriatrische revalidatiezorg en des te lastiger wordt het om een afbakening te bepalen aan de hand van de begrippen die de regelgeving ons biedt. 'Kwetsbaar', 'multidisciplinair', 'integraal' zijn immers kwalificaties die zowel binnen het eerstelijnsverblijf als binnen de geriatrische revalidatiezorg een rol (kunnen) spelen. Daarbij komt nog dat, zoals nu blijkt, bijna 50% van de populatie binnen het eerstelijnsverblijf afkomstig is vanuit een ziekenhuis. Ook het criterium 'aansluitend aan ziekenhuisverblijf', zoals vermeld in artikel 2.5c Bzv, geldt dus voor deze groep patiënten in het eerstelijnsverblijf.

Gezien het voorgaande concluderen wij dat er geen scherpe afbakening mogelijk is op het grensvlak tussen (de zorg binnen het) eerstelijnsverblijf en de geriatrische revalidatiezorg, althans niet met behulp van de criteria die de regelgeving ons biedt. Deze afbakening moet uiteindelijk zorginhoudelijk uitgewerkt worden, zoals wij hierboven ook al aangaven. Hetzelfde geldt voor de begrippen 'laag complex' en 'hoog complex' die het *Afwegingsinstrument eerstelijns verblijf* introduceert. Zoals wij in hoofdstuk 2 uitlegden kan het Zorginstituut met behulp van de regelgeving niet uitleggen wat deze begrippen inhouden of wat het onderscheid daartussen is. Het Zorginstituut kan dat evenmin voor het onderscheid tussen geriatrische revalidatiezorg en 'laag' of 'hoog complex'. Het is aan de betrokken beroepsgroepen om de zorginhoud hiervan te beschrijven in een kwaliteitstandaard of een soortgelijk document.

4 AFBAKENING Zvw-VERBLIJF en VERBLIJF ANDERE DOMEINEN

4.1 Verblijf binnen Wlz

Op het eerste gezicht lijkt de afbakening tussen eerstelijnsverblijf en (verblijf onder de) Wlz simpel. Immers, zoals gezegd is verblijf onder de Zvw kortdurend, in de zin dat het doel van de opname is de patiënt in staat te stellen terug te keren naar zijn eigen omgeving (behoudens zorg en ondersteuning in de terminale fase). De Wlz biedt een verblijfsmogelijkheid voor diegenen die wegens een aandoening waarvan geen herstel meer mogelijk is, langdurig zijn aangewezen op 24 x 7 uren zorg en permanent toezicht. Kortom, theoretisch sluiten eerstelijnsverblijf en Wlz elkaar uit. In de praktijk ligt dit anders.

De indicatie voor de Wlz betekent niet dat er ook altijd sprake zal zijn van een verblijf in een Wlz-instelling. De wet onderscheidt namelijk de indicatie en de leveringsvorm. De leveringsvorm kan bestaan uit een daadwerkelijk verblijf in een instelling. De indicatie kan echter ook verzilverd worden in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis (VPT), een modulair-pakket-thuis (MPT) of een PGB. Ook een geclusterde woonvorm hoort tot de mogelijkheden.

Zodra in deze gevallen een behoefte ontstaat aan ‘verblijf medisch noodzakelijk in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden’, dan is naar de mening van Zorginstituut Nederland een tijdelijke wijziging van de leveringsvorm aan de orde. Dit tijdelijke verblijf zal daarom onder de Wlz vallen.

4.2 Eerstelijnsverblijf of respijtzorg

1. Eerstelijnsverblijf of respijtzorg

In de eigen omgeving van een patiënt wordt vaak veel van de noodzakelijke zorg voor de patiënt verleend door mantelzorgers. Hun inzet kan zelfs bepalend zijn voor de mogelijkheid om thuis te blijven wonen. Het plotseling wegvallen van de mantelzorgers creëert dan een hiaat in de zorgverlening dat snel moet worden gevuld. Als overname van de mantelzorg door vervangende informele zorg niet mogelijk is, zal bezien moeten worden of een verhoogde inzet van de wijkverpleegkundige zorg het hiaat kan vullen. Opname in het ‘eerstelijnsverblijf’ is op zich niet aangewezen. Dit kan wel aan de orde zijn als door het wegvallen van de mantelzorg een ‘hoog risico’ ontstaat op gezondheidsverlies, doordat de medische situatie van de patiënt verslechtert of de zorgbehoefte escaleert. Als dit betekent dat de verzekerde onder het wakend oog van huisarts of verpleegkundige moet blijven dan is opname in het eerstelijnsverblijf mogelijk. Voor de indicatiestelling is deze situatie echter op zich niet anders dan andere situaties. Ook bij het wegvallen van de mantelzorg wordt de indicatie aan de hand van medische en zorginhoudelijke overwegingen gesteld.

De Wmo wijdt expliciet aandacht aan de mantelzorger en de voorzieningen die de mantelzorger in staat stellen zijn zorg te leveren. [19] Bij respijtzorg gaat de 'patiënt' logeren in een verblijf dat georganiseerd is door de gemeente. Bij het eerstelijnsverblijf is er een medische noodzaak tot verblijf in verband met geneeskundige zorg.

Wat nu te doen als een patiënt niet thuis kan blijven door het (tijdelijk) uitvallen van de mantelzorger?

Respijtzorg
Als de medische situatie stabiel is, is respijtzorg op basis van de Wmo aan de orde. Verzorging, in de zin van ondersteuning bij ADL-verrichtingen, kan deel uitmaken van respijtzorg. Respijtzorg kan ook gecombineerd worden met wijkverpleegkundige zorg onder de Zvw. Respijtzorg is immers een gemeentelijke voorziening die tijdelijk als vervanging van de eigen omgeving dient. Planbare verpleging kan daarom op basis van de Zvw binnen de gemeentelijke voorziening geleverd worden.

Eerstelijnsverblijf
Bij het wegvallen van de mantelzorger zijn er verschillende overwegingen die tot de conclusie kunnen leiden, dat er sprake is van een behoefte aan 'verblijf in verband met geneeskundige zorg'. Het kan bijvoorbeeld gaan om een hoog risico op gezondheidsverlies: de patiënt heeft ernstige aandoeningen en/of beperkingen, er is een risico op vallen of complicaties en exacerbaties. Ook kan er sprake zijn van een behoefte aan verpleging die niet planbaar is en/of de wenselijkheid van de aanwezigheid van een continu 'wakend oog' (intensief toezicht) om een behoefte aan medische zorg tijdig te signaleren. Het kan ook gaan om een patiënt die behoefte heeft aan verzorging in de zin van het overnemen van ADL-verrichtingen. Dan zal er sprake zijn van een ernstige beperking of van een medisch instabiele situatie, die opname in het eerstelijnsverblijf rechtvaardigt.

Bij de keuze tussen respijtzorg en eerstelijnsverblijf gaat het uiteindelijk om de vraag of er een behoefte is aan geneeskundige zorg. Kort samengevat stellen we de behoefte aan geneeskundige zorg op de volgende wijze vast:

- is er sprake van medische instabiliteit (in de zin van behoefte aan een 'wakend oog'; dreigend gezondheidsverlies) en/of
- is er een behoefte aan onplanbare verpleging en/of
- is er een behoefte aan verzorging in de zin van het overnemen van ADL-verrichtingen.

Bij een bevestigend antwoord op één of meerdere van deze vragen, is er sprake van een indicatie voor het eerstelijnsverblijf in plaats van respijtzorg.

---

[19] Zie artikel 2.3.1 Wmo:
Het college draagt er zorg voor dat aan personen die daarvoor in aanmerking komen, een maatwerkvoorziening wordt verstrekt.
4. Het college onderzoekt:
a. de behoeften, persoonskenmerken en de voorkeuren van de cliënt;
b. de mogelijkheden om op eigen kracht of met gebruikelijke hulp zijn zelfredzaamheid of zijn participatie te verbeteren of te voorzien in zijn behoefte aan beschermd wonen of opvang;
c. de mogelijkheden om met mantelzorg of hulp van andere personen uit zijn sociale netwerk te komen tot verbetering van zijn zelfredzaamheid of zijn participatie of te voorzien in zijn behoefte aan beschermd wonen of opvang;
d. de behoefte aan maatregelen ter ondersteuning van de mantelzorger van de cliënt;
en de begripsbepalingen
maatwerkvoorziening*:* op de behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van een persoon afgestemd geheel van diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen:1°. ten behoeve van zelfredzaamheid, daaronder begrepen kortdurend verblijf in een instelling ter ontlasting van de mantelzorger, het daarvoor noodzakelijke vervoer, alsmede hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen

Voor de uitvoering is van belang dat er inderdaad gemeentelijke voorzieningen zijn om respijtzorg te leveren in deze situatie.

4.3 Jeugdwet en verblijf in verband met geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

Vanaf 1 januari 2015 is de gemeente verantwoordelijk voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen tot 18 jaar op basis van de Jeugdwet. Dit betekent dat ook het verblijf in verband met deze zorg een verantwoordelijkheid voor de gemeente wordt. Lichaam en geest zijn niet altijd duidelijk te scheiden, wat in het individuele geval de vraag kan oproepen of het gaat om somatische zorg (Zvw) of GGZ (Jeugdwet). Het Zorginstituut heeft voor de afbakening tussen beide een handreiking uitgebracht. [20]

Samengevat
Zvw - Wlz
Een verzekerde met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, modulair-pakket-thuis of een PGB of in een geclusterde woonvorm zijn zorg krijgt ontvangt 'verblijf in verband met een behoefte aan zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' in een Wlz-instelling. Er is dan sprake van een tijdelijke wijziging van de leveringsvorm.

Zvw - Wmo
Bij de keuze tussen respijtzorg en eerstelijnsverblijf gaat het uiteindelijk om de vraag of er een behoefte is aan geneeskundige zorg. Kort samengevat stellen we de behoefte aan geneeskundige zorg op de volgende wijze vast:
- is er sprake van medische instabiliteit (in de zin van behoefte aan een 'wakend oog'; dreigend gezondheidsverlies) en/of
- is er een behoefte aan onplanbare verpleging en/of
- is er een behoefte aan verzorging in de zin van het overnemen van ADL-verrichtingen.

Bij een bevestigend antwoord op één of meerdere van deze vragen, is er sprake van een indicatie voor het eerstelijnsverblijf in plaats van respijtzorg.

Respijtzorg kan gecombineerd worden met huisartsgeneeskundige zorg (visites) en/of (wijk)verpleegkundige zorg onder de Zvw.

Voor de uitvoering is van belang dat er inderdaad gemeentelijke voorzieningen zijn om respijtzorg te leveren in deze situatie.

Zvw - Jeugdwet
Vanaf 1 januari 2015 is de gemeente verantwoordelijk voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen tot 18 jaar op basis van de Jeugdwet. Dit betekent dat ook het verblijf in verband met deze zorg een verantwoordelijkheid voor de gemeente wordt.

[20] *Kindergeneeskunde, afbakening Jeugdwet en* Zorgverzekeringswet. Zorginstituut Nederland. April 2015

5 Palliatief terminale zorg

Als palliatief terminale zorg niet thuis geleverd kan worden, is er een indicatie voor verblijf onder de Zvw. De aangewezen verblijfsvorm kan het eerstelijnsverblijf zijn als de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of de arts verstandelijk gehandicapten de verantwoordelijke arts is.
Zorginhoudelijk spreken we van palliatief terminale zorg als de verantwoordelijk arts heeft aangegeven dat er sprake is van een levensverwachting van maximaal drie maanden.

Gezien de specifieke aard en inhoud van de palliatieve zorg verdient het aanbeveling aan deze zorg bijzondere aandacht te besteden in een indicatieprotocol voor het eerstelijnsverblijf. De Zorgmodule palliatieve zorg 1.0 en het rapport Financiering en organisatie van palliatieve zorg: De pioniersfase voorbij? van Palliactief van maart 2011 bieden naar de mening van het Zorginstituut hiervoor voldoende aanknopingspunten.

Dit betekent niet dat het eerstelijnsverblijf de enige plek wordt voor palliatief terminale zorg. De praktijk kent verschillende vormen van palliatief terminale zorg. De zorg kan thuis geleverd worden met behulp van de inzet van een (wijk)verpleegkundige en/of verzorgende. Er zijn hospices en ‘Bijna thuis-huizen’. Deze verblijfsvormen kennen uiteenlopende financieringsbronnen en vaak ook de inzet van vrijwilligers. Het is niet de bedoeling dit zorgaanbod te doorkruisen; vele hiervan hebben hun waarde bewezen en sluiten aan bij persoonlijke wensen van de patiënten en hun naasten. Het Zorginstituut ziet geen aanleiding om deze verschillende verblijfsvormen te onderscheiden op basis van indicaties of zorgbehoeftes. Er is geen reden om waardevol zorgaanbod op een precair en kwetsbaar moment voor betrokkenen onnodig met regelgeving te belasten. Voldoende is om vast te stellen dat palliatief terminale zorg kan plaatsvinden binnen het eerstelijnsverblijf.

Samengevat
Palliatief terminale zorg kan in het eerstelijnsverblijf gegeven worden als de huisarts, SO of AVG de verantwoordelijke arts is.

Er zijn verschillende verblijfsvormen voor palliatief terminale zorg. Vooralsnog concludeert het Zorginstituut dat de verschillen tussen deze verblijfsvormen voornamelijk liggen in organisatie en bekostiging en niet in de zorginhoud. Het Zorginstituut meent ook dat als er geen zorginhoudelijk onderscheid is aan te geven, een keuze tussen de verschillende vormen overgelaten moet worden aan de direct betrokkenen. Er is geen reden om waardevol zorgaanbod op een precair en kwetsbaar moment voor betrokkenen onnodig met 'administratieve' kwesties te belasten. In dit rapport beperken wij ons tot de conclusie dat palliatief terminale zorg kan plaatsvinden binnen het eerstelijnsverblijf.

6 Reacties partijen

Het Zorginstituut heeft het concept-rapport ter consultatie voorgelegd aan betrokken partijen. Er zijn reacties ontvangen van:

- Actiz;
- LHV;
- NPCF;
- NZa;
- Verenso;
- V&VN;
- ZN.

De NVZ hebben we het concept ter consultatie voorgelegd, maar deze organisatie heeft niet gereageerd.

De reacties vatten we hierna op hoofdlijnen samen.

1 Enkele reacties gaan over de behoefte aan duidelijkheid over taken en rollen binnen het eerstelijnsverblijf. Wij begrijpen deze stellingname op zich wel. Het uitwerken van de taken en rollen binnen de setting van het eerstelijnsverblijf is echter aan de betrokken partijen zelf. De regelgeving geeft hiervoor geen handvat, integendeel, de te verzekeren prestaties gaan uit van een functionele systematiek, waarbinnen alleen wordt aangegeven welke zorg onder de Zvw valt en niet 'wie' deze moet leveren. Onze duiding kan dus niet aan deze wens tegemoet komen.

2 Sommige reacties hebben vragen over de positie van de specialist ouderengeneeskunde binnen het eerstelijnsverblijf. Dit verbaast ons, want wij wijden in hoofdstuk 2 een paragraaf aan de zorg van de specialist ouderengeneeskunde in het eerstelijnsverblijf. Daarin geven wij aan dat de zorg door deze professional deel kan uitmaken van de geneeskundige zorg binnen dit verblijf. Onze duiding (naar verwachting in oktober 2016) van de zgn. extramurale behandeling (die nu ook in een subsidieregeling Wlz is gegoten) en waarbij de specialist ouderengeneeskunde aan de orde komt bij de samenhangende zorg voor complexe groepen, zal hieraan niets toevoegen of afdoen. Wij zijn van mening dat de specialist ouderengeneeskunde generalistisch geneeskundige zorg levert die past binnen de functioneel omschreven te verzekeren prestatie 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Dat betekent dat deze zorg, ook binnen de verblijfsvorm eerstelijnsverblijf geboden kan worden, mits het verblijf hiervoor medisch noodzakelijk is.

3 Het *Afwegingsinstrument eerstelijnsverblijf* maakt een onderscheid tussen 'laag complex' en 'hoog complex'. Het afwegingsinstrument is een hulpmiddel voor zorgverleners bij de afwegingen rond opname in het eerstelijnsverblijf. Het speelt geen rol bij de uitleg en interpretatie van de regelgeving en, omgekeerd, de regelgeving kan de inhoud van 'laag complex' en 'hoog complex' niet verhelderen. Ook de stelling dat 'hoog complex' feitelijk geriatrische revalidatiezorg is (de zorg omschreven in artikel 2.5c Bzv), is zorginhoudelijk niet uitgewerkt. Het Zorginstituut kan op dit punt evenmin verheldering bieden. Dit vergt een zorginhoudelijke uitwerking en het is aan de betrokken beroepsgroepen om dit te doen.

4 De afbakening van het eerstelijnsverblijf met de zorg in de Wlz en de Wmo (respijtzorg) is een veel genoemd punt. In deze duiding formulering wij criteria voor deze afbakening. Respijtzorg vindt plaats in een gemeentelijke voorziening. De afbakening tussen eerstelijnsverblijf en respijtzorg gaat alleen goed werken, als de gemeenten ook daadwerkelijk deze voorzieningen aanbieden.

5 De inhoud en omvang van de paramedische zorg die samenhangt met het verblijf roepen vragen op. In het algemeen geldt dat deze zorg onderdeel uitmaakt van de aanspraak op verblijf voor zover deze samenhangt met de indicatie voor verblijf en tot doel heeft de patiënt in een zodanige conditie te brengen dat terugkeer naar huis mogelijk is. Als terugkeer naar huis niet aan de orde is, bijvoorbeeld bij een indicatie voor de Wlz of bij palliatief terminale zorg, is de paramedische zorg gericht op het reactiveren van de verzekerde tot een acceptabel niveau gegeven de omstandigheden of gericht op het zo draaglijk mogelijk maken van de laatste levensfase.

6 Sommige partijen willen een uitspraak over de maximale duur van het eerstelijnsverblijf. De regelgeving biedt echter geen formeel handvat voor een maximale termijn. De duur moet zorginhoudelijk worden vastgesteld. Het afwegingsinstrument spreekt over maximaal 26 weken, maar ook dat is niet zorginhoudelijk onderbouwd. De termijn van 1.095 dagen in het Bzv biedt een formele begrenzing. Ook voor de duur van een ziekenhuisverblijf geven wij geen richtsnoeren.

7 De palliatief terminale zorg blijft een punt dat verwarring oproept. Wij stellen alleen vast dat deze zorg, qua regelgeving, kan passen binnen het eerstelijnsverblijf. Wij geven verder aan dat er nog andere, waardevolle modaliteiten zijn voor palliatief terminale zorg. Het is niet aan ons daar directief in op te treden.

8 Partijen vragen aan ons een uitspraak over de toepasselijkheid al of niet van het wettelijk verplicht eigen risico. Wij hebben geen formele positie in en formuleren dit punt, net zo als bij de verkenning van vorig jaar, als aandachtspunt voor VWS.

7 Eerstelijnsverblijf in de praktijk

In dit rapport schetst het Zorginstituut aan de hand van de regelgeving 'kortdurend verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met generalistische geneeskundige zorg'. De regelgeving schetst de buitengrenzen, de zorginhoud wordt geleverd door de betrokken zorgprofessionals. Wij schetsen afbakeningen tussen zorgvormen en domeinen voorzover wij dit uit de regelgeving kunnen afleiden. Uit de zorginhoud moet blijken hoe precies deze afbakeningen zijn en of ze in de praktijk werkbaar zijn.

Vanaf 1 januari 2017 zal het 'eerstelijnsverblijf' onder de Zvw georganiseerd en bekostigd worden. Wij zullen de implementatie en de uitvoering in de praktijk volgen en daarbij vooral ook aandacht hebben voor mogelijke obstakels en onduidelijkheden die samenhangen met de regelgeving en onze uitleg daarvan.

Zorginstituut Nederland

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp